



LAPINJÄRVEN KUNTA
Varhaiskasvatuspalvelut

ANOMUS PÄIVÄHOITOPAIKAN VAIHDOSTA

nykyinen päiväkotitai perhepäiväkoti

Toivon siirtoa toiseen päivähoitopaikkaan
_____ lähtien

toivottu päivähoitopaikka

LAPSEN HENKILÖTIEDOT	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
KOTIOSOITE	Osoite		Puhelinnumero
SISARUKSET	Lasten lukumäärä perheessä	Sisarusten syntymävuodet	Saako tarvittaessa olla yhteydessä päivähoiton eri yhteistyötahojen (neuvola, koulu) kanssa lapsen kehitystä ja terveyttä koskeissa asioissa ? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
PÄIVÄHOIDON TARVE	Päivittäinen hoitoaika Klo - Klo -	Hoitopäivien tarve kuukaudessa	Onko mahdollista kuljettaa autolla ? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
HUOLTAJIEN HENKILÖTIEDOT	Äidin (tai avoliitossa elävän) nimi		Henkilötunnus
	Ammatti	Työpaikka	Työpaikan osoite ja puhelinnumero
	Työaika arkisin, klo	Lauantaisin, klo	Lauantaityövuoroja/kk _____ Arkivapaita/kk _____ Sunnuntai- tai yövuoroja/kk _____
	Isän (tai avoliitossa elävän) nimi		Henkilötunnus
	Ammatti	Työpaikka	Työpaikan osoite ja puhelinnumero
	Työaika arkisin, klo	Lauantaisin, klo	Lauantaityövuoroja/kk _____ Arkivapaita/kk _____ Sunnuntai- tai yövuoroja/kk _____
ALLERGIAT JA ERITYISHOIDON TARPEET	<input type="checkbox"/> Ruoka-aineallergia <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Eläinallergia		Erityishoidon lausunto <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Tulossa
VARAHENKILÖ ELLEI VANHEMPIA TAVOITETA	Puhelinnumero	Nimi	
LISÄSELVITYKSIÄ			
HUOMAUTUS	OLEELLISET OLOSUHTEIDEN (MM. HOITOAJAN, ANSUOTULOJEN, TYÖPAIKAN, PERHESUHTEIDEN) MUUTOKSET ON ILMOITETTAVA VÄLITTÖMÄSTI.		
ALLEKIRJOITUS	Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkistamiseen		
	_____	_____	
	Päiväys	Allekirjoitus	